

P. 1266 Les urgences :  
un observatoire  
épidémiologique  
et de prévention

P. 1266 Quelques données  
épidémiologiques

P. 1269 La surveillance  
syndromique  
aux urgences  
permet-elle d'anticiper  
les phénomènes  
épidémiques ?

P. 1272 Gérer l'encombrement  
aux urgences,  
est-ce possible ?

P. 1276 Les patients de 85 ans  
(et plus) aux urgences

# DOSSIER



## De nouvelles missions pour les services d'urgences ?

**Gérald Kierzek, Jean-Louis Pourriat.**

Université Paris-5, faculté de médecine Paris-Descartes, AP-HP, service des urgences Hôtel-Dieu-Cochin, 75004 Paris. [jean-louis.pourriat@htd.aphp.fr](mailto:jean-louis.pourriat@htd.aphp.fr)

Délivrer des soins est la principale mission des services des urgences. Il y a plus de 16 millions de passages par an aux urgences, 15 millions d'appels aux SAMU et 600 000 sorties SMUR. Cette importante activité est potentiellement une base de connaissance essentielle pour de nombreuses actions de santé publique. Les médecins urgentistes ne pratiquent pas en routine des tâches de dépistage ou d'éducation ; les enjeux pour les prochaines années seront de développer, à côté des missions de soin, des actions de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique et de surveillance syndromique.

## ACTIONS COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ PUBLIQUE

## Les urgences, un observatoire épidémiologique et de prévention

En France, les services d'urgences accueillent par année plus de 16 millions de patients, les centres 15 régulent plus de 15 millions d'appels téléphoniques, et les SMUR (service médical d'urgence et de réanimation) prennent en charge près de 600 000 patients. Bien que cette activité soit régulièrement attribuée à un comportement irresponsable des patients, des facteurs socio-économiques sont également à prendre en compte : consumérisme, sentiment que tout est possible dans un minimum de temps et dans un seul lieu où seraient regroupées les compétences aux-

quelles « on a droit », mais surtout difficultés d'accès aux soins des catégories défavorisées, libéralisation des modalités de circulation des personnes...

Le phénomène est identique dans les autres pays d'Europe, en Amérique du Nord, en Asie, et il connaît les mêmes causes, notamment le fait que le service d'urgences reste le seul endroit où, 24 h/24, une écoute, un secours, des soins sont possibles (« effet cathédrale »). Dans ce contexte, les structures d'urgences assurent leur mission de soins par la prise en charge immédiate des patients, puis elles passent le relais à des structures d'aval

médicochirurgicales dans un délai variable.

En prenant conscience du fait que les urgences sont un incomparable lieu d'observation médico-sociale de millions de patients, plusieurs équipes ont étendu leur mission à de grandes actions de santé publique que sont le dépistage et la prévention... Au niveau national, le traitement global de l'information fournie à partir de l'ensemble de ces passages aux urgences pourrait devenir un outil majeur d'épidémiologie descriptive et interventionnelle. L'exemple de la canicule de 2003 et plus récemment de la grippe A (H1N1) prolonge la question de la prévision à court terme

## Quelques données épidémiologiques

## Structures d'urgences

« La prise en charge des urgences en France repose sur les services hospitaliers d'accueil des urgences (appelés communément « les urgences »).

Les SAMU-centre 15 : les services d'aide médicale urgente reçoivent l'ensemble des appels arrivant au 15 (environ 15 millions par an). Les permanenciers de régulation et les médecins urgentistes « régulateurs » traitent les appels et y apportent la réponse appropriée au besoin et à l'état de santé du patient. Cette réponse peut consister dans l'orientation vers un médecin de ville, l'envoi d'une ambulance pour transporter le patient vers un service d'urgences, l'envoi d'une équipe de sapeurs-pompier, ou l'envoi d'un SMUR. Les SMUR (services mobiles

d'urgence et de réanimation) sont des ambulances médicalisées.

L'équipage est composé d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier. L'envoi d'un SMUR permet d'assurer une prise en charge médicale du patient sur le lieu où il se trouve.

La prise en charge des soins non urgents, mais pour lesquels une demande de soins est exprimée

sans délai, à l'heure où les cabinets médicaux sont fermés, est assurée par un système de garde des médecins généralistes en ville. Cette organisation est la permanence des soins en médecine ambulatoire. »<sup>1</sup>

## Évolution de l'activité

Comme cela est indiqué sur le diagramme (fig. 1), l'augmentation des passages a été constante

depuis les années 1990.

Il existe de fortes variations régionales : plus de 25 passages pour 100 habitants en Basse- et Haute-Normandie, en Picardie et en Île-de-France, moins de 19 passages/100 habitants en Aquitaine et dans les Pays de Loire.<sup>2</sup> L'hospitalisation est stable, environ 20 % des passages. Elle est fonction de l'âge des patients et du

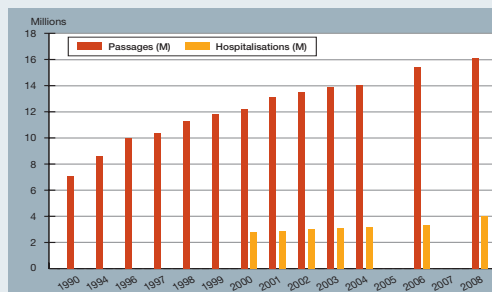


FIGURE 1 Évolution du nombre des passages annuels dans les services d'urgences.

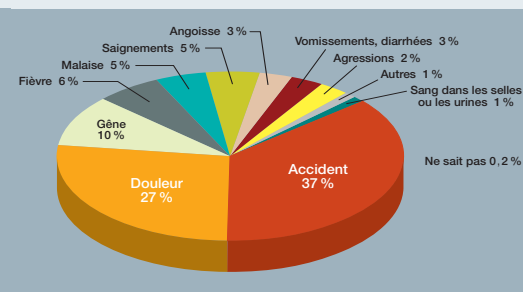


FIGURE 2 Motifs de recours aux urgences.

d'événements majeurs en posant les urgences comme lieu privilégié d'alerte sanitaire.

## Principes généraux

On peut résumer les relations entre la médecine d'urgence et la santé publique selon plusieurs étapes chronologiques : 1) soins et signalement d'événements inattendus (p. ex. les infections alimentaires) ; 2) épidémiologie descriptive concernant de grandes cohortes avec analyse de facteurs de risque (p. ex. syndromes coronariens aigus) ; 3) dépistage (p. ex. sérologies pour les virus des hépatites B et C [VHB, VHC], pour le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) ; 4) épidémiologie interventionnelle avec protocoles d'éducation thérapeutique (p. ex. diabète, hypertension artérielle...) ou comportementalistes (p. ex. ivresse aiguë chez l'adolescent). En Amérique du Nord, il existe maintenant des programmes nationaux d'épidémiologie interventionnelle à partir des urgen-

ces. En France, l'adhésion à de tels programmes repose encore sur des projets de service, et dans le meilleur des cas sur des protocoles de recherche de type PHRC (programme hospitalier de recherche clinique). Les expériences sont encore peu nombreuses, mais la santé publique devra être et sera un axe fort de la médecine d'urgence dans les prochaines années.

Cette évolution se retrouve à la fois dans des actions de prévention reconnues et validées mais aussi sur les méthodologies utilisées qui permettent d'affiner les résultats. Ainsi, il y a quelques années, des auteurs nord-américains avaient montré l'efficacité des actions de prévention aux urgences dans les domaines de l'alcool, du tabac, de l'infection par le VIH, de l'hypertension artérielle, des vaccinations de l'adulte... Les résultats étaient encore incertains pour les programmes de prévention des chutes chez les patients âgés, adolescents en rupture, états dépressifs, violen-

ces domestiques... Ils étaient contestables dans le dépistage des cancers de l'utérus, du diabète, et les vaccinations de la petite enfance. Actuellement, les mêmes programmes, appliqués sur des groupes à risque, donnent de meilleurs résultats. Quant au dépistage du diabète, dans notre expérience, la pratique systématique d'une glycémie au doigt par l'infirmière d'accueil et d'orientation, quel que soit le motif de passage, permet de dépister et de placer plusieurs patients par semaine dans des filières de soins spécifiques.

Le site des urgences comme lieu d'action repose avant tout sur le volume important des passages et sur la diversité des pathologies observées. Un second argument est qu'il est bien démontré que les actions de prévention sont particulièrement efficaces quand elles sont contemporaines du motif initial de consultation, car c'est à ce moment-là que la volonté de modifier son comportement est la plus grande.

motif de consultation : près de 50 % des patients de plus de 70 ans nécessitent une hospitalisation, 30 % pour un problème somatique, 8 % pour les victimes de traumatismes.<sup>3</sup> Les SMUR ont une activité stable (environ 640 000 passages par an), avec une moyenne de 1 725 par an, les trois quarts en sortie primaire\*, dont 70 % sont transportés vers un centre hospitalier. Cependant, moins de 2 % des passages aux urgences correspondent à un transport SMUR.

### Quels patients ont recours aux urgences ?

Dans le cadre d'une enquête nationale, une étude extrêmement complète a été publiée en 2006 sur les motifs de recours aux urgences

et les profils de patients consultant aux urgences.<sup>4</sup>

Les motifs de recours aux urgences les plus fréquemment cités sont l'accident (59 %), la douleur (43 %) et la sensation de gêne (15 %)

[v. la répartition sur la figure 2] ; les motifs sont associés par deux ou trois dans plus de 50 % des cas.

Un travail nord-américain retrouve des motifs de consultation comparables en nature et en proportion.<sup>5</sup>

Concernant les profils des patients, l'enquête nationale montre que plus d'un tiers des consultants étaient des familiers des urgences et que des groupes relativement homogènes peuvent être dégagés :<sup>4</sup>

- les victimes d'accidents sont la majorité (38 %), l'accident s'étant produit sur leur lieu de travail ; ces patients ont décidé seuls ou avec leur entourage de venir aux urgences... ;
- les patients à qui on n'a pas

demandé leur avis (19 %) ; ils ont plus de 70 ans, ont fait un malaise sur la voie publique et ont été amenés par les pompiers ou le SAMU ;

- les nourrissons, les retraités et les personnes de plus de 70 ans, adressés de leur domicile aux urgences par leur médecin traitant (16 %), en général pour un problème somatique non traumatologique ;

- les patients qui viennent d'eux-mêmes pour un problème somatique (16 %), qu'il s'agisse d'une sensation de gêne, de fièvre, d'un malaise, de vomissements, d'angoisse... ;

- les patients qui viennent aux urgences pour un problème somatique (7 %), adressés par un médecin qui ne les suit pas régulièrement ;

- les patients qui consultent dans un contexte de violence (3 %) ; ce sont des jeunes ou des adultes de moins de 50 ans nécessitant des

soins pour des problèmes traumatologiques.

Si les groupes sont relativement cohérents, les pourcentages sont forcément dépendants de la localisation géographique de l'établissement. •

## RÉFÉRENCES

1. <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/urgences/urgences.html>
2. Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DREES. Études et Résultats 2000;72.
3. Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. DREES. Études et Résultats 2006;524.
4. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES. Études et Résultats 2003;215.
5. Thompson DA, Eitel D, Fernandes CMB, Pines JM, Amsterdam J, Davidson SJ. Coded chief complaints – automated analysis of free-text complaints. Acad Emerg Med 2006;13:774-82.

\* Sortie primaire : déplacement au domicile ou sur la voie publique, par opposition à sortie secondaire, qui signifie transport entre deux hôpitaux.

## Actions spécifiques

Plusieurs exemples permettent d'illustrer les priorités actuelles de santé publique aux urgences.

### Intoxication alcoolique aiguë

C'est un motif très fréquent de passage aux urgences. Il peut s'agir d'intoxications aiguës, de cofacteur dans la survenue d'un accident de la voie publique, de crises convulsives, de problèmes psychiatriques ou de troubles du comportement. C'est un motif de surcoût en raison de l'allongement de la durée de séjour aux urgences, de la surcharge en soins et de la demande d'examen complémentaires. Enfin, c'est également un facteur de gravité en cas de polytraumatisme.

Les soins concernent habituellement la petite traumatologie où le rôle des services d'urgences se limite le plus souvent à un traitement symptomatique (sutures, imagerie, plâtre...), l'ivresse accompagnatrice ne faisant l'objet que d'une attente de dégrisement. Or, cette absence de prise en charge globale contribue à la récurrence, et les urgences connaissent bien ces patients souvent jeunes qui reviennent régulièrement, notamment en fin de semaine.

Un projet nord-américain très volontariste a demandé aux structures d'urgences d'intégrer dans la prise en charge des adolescents en état d'ivresse des programmes de sensibilisation avant le retour à domicile. Les résultats sont très positifs à 6 mois, appréciés sur le taux de récurrence.

Plus ambitieux, dans un plan d'action national visant à réduire le chiffre annuel de mortalité par accident de la route de 16 000 à 11 000 par an [...], les urgentistes

des États-Unis ont été invités à participer à des actions précises de dépistage (en préhospitalier, puis à l'arrivée aux urgences) et de prise en charge des addictions, soit au sein de leur service, soit dans le cadre d'un réseau de soins. Cette étude initiale a permis d'identifier des groupes à risque et de développer des actions ciblées apparemment efficaces.

En revanche, une récente méta-analyse portant sur 13 études sélectionnées sur des critères rigoureux de randomisation et concernant la traumatologie associée à l'ivresse aiguë a montré des résultats plus modestes : les protocoles de prévention conduits aux urgences permettent d'obtenir une diminution des récurrences d'accidents mais ne modifient pas significativement la consommation d'alcool!<sup>1</sup>

### Accidents d'exposition aux liquides biologiques et dépistage des séropositivités pour le VIH, le VHB, et le VHC

Les accidents d'exposition aux liquides biologiques sont des motifs de recours aux urgences dont la fréquence est fonction de l'implantation géographique de l'hôpital. D'une manière générale, les médecins urgentistes considèrent qu'il est de leur rôle de prendre en charge ces patients, en proposant éventuellement une trithérapie rétrovirale après une évaluation du risque.

En France, des recommandations précisent les modalités de la prise en charge initiale. Ce traitement impose un suivi régulier pendant le premier mois, généralement confié à des médecins infectiologues. Leur rôle est de surveiller le traitement, les éventuels effets secondaires, et

d'informer sur la prévention. Dans ce circuit de soins, l'observance est faible, inférieure à 21 %. En revanche, l'observance s'élève significativement (76 %) si les médecins urgentistes assurent le suivi et l'information pendant le premier mois.<sup>2</sup>

Le dépistage de la séroprévalence pour le VIH à l'occasion d'un passage aux urgences a montré son efficacité par rapport à des structures plus classiques, montrant des taux variant de 2 à 14 % selon les services. L'intérêt d'une telle démarche est évident. Néanmoins, des travaux récents sont moins optimistes quant à la rentabilité d'un dépistage systématique, à la fois par la faible acceptabilité des patients venant aux urgences pour d'autres motifs, et par la nécessité de définir des groupes à risque.<sup>3</sup> Cela rejoint notre expérience, puisque, d'une part le taux d'acceptation pour le dépistage est faible (0,18 %), mais où chez les volontaires l'incidence est plus élevée que dans les centres de dépistage anonyme et gratuit : VIH 1,28 % ; VHB-VHC 1,92 %.<sup>4</sup> Le dépistage sur des groupes à risque augmente la rentabilité : 5,5 % de séropositivité pour le VHC dans une population d'urgences médicojudiciaires.<sup>5</sup>

### Violence chez les jeunes

La violence est également un motif de consultation fréquent dans la population des 15-25 ans. Alternativement victimes ou agresseurs, en rupture scolaire ou parentale, ils consultent pour des tentatives de suicide ou pour de la petite traumatologie, parfois dans le cadre de procédures médicojudiciaires. La récurrence est fréquente, mais le rôle des structures dans la prise en charge immédiate est très efficace.

## RÉFÉRENCES

1. Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction* 2008;103:368-76.
2. Kierzek G, Le Guerroué G, Pourriat JL. Évaluation et analyse comparative des circuits de prise en charge des accidents d'exposition au VIH dans un service d'urgences. *Ann Fr Anesth Rea* 2004;23:209.
3. White DA, Scribner AN, Schulden JD, Branson BM, Heffelfinger JD. Results of a rapid HIV screening and diagnostic testing program in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 2009;54:56-64.
4. Kierzek G, Aslangul E, Le Guerroué G, Le Jeunne C, Pourriat JL. Feasibility of a nontargeted active opt-in HIV, HBV, and HCV testing in an academic emergency department. *Eur J Emerg Med* 2009;16:111-2.
5. Becour B, Questel F, Kierzek G, Trabut JB, Pourriat JL. Sero-prevalence of hepatitis C virus in medicolegal emergencies. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;3:661-2.
6. Gates S, Lamb SE, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;336:130-3.

## Patients âgés

Ils fréquentent régulièrement les urgences. Au-delà de 75 ans, les problèmes sociaux, économiques et médicaux sont intriqués. La durée de leur séjour aux urgences est supérieure à la moyenne, en grande partie secondaire aux problèmes d'aval et à l'absence de structures adaptées pour les accueillir. Ce problème n'est actuellement pas résolu et repose localement sur des moyens largement en-deçà de l'anticipation nécessaire au vieillissement attendu de la population. Pourtant, certaines actions de prévention et surtout de prise en charge sur le long cours, débutées dès l'accueil aux urgences, ont montré leur efficacité, tant en France qu'en Amérique du Nord. Un bon exemple est fourni par la prévention des récides de chutes. C'est un impératif que plusieurs programmes éducatifs ont anticipé. Une méta-analyse regroupant 19 études randomisées a évalué le bénéfice d'actions conduites dès les urgences. Les critères d'évaluation portaient sur le nombre de chutes, le nombre de passages aux urgences, les hospitalisations, le décès, l'activité physique, la qualité de vie. Les résultats sont significativement très en faveur de ces programmes éducatifs dans la réduction du nombre de chutes.<sup>6</sup>

## Intoxication tabagique

Elle est reconnue aux États-Unis comme étant la première cause de mortalité et de morbidité. Plusieurs actions de prévention, menées dès les urgences, ont montré leur efficacité.

## Conclusion

La mission essentielle des services d'urgences est le soin. D'autres missions doivent leur être rattachées en raison de la position privilégiée qu'occupent les services d'urgences dans le dispositif de santé. Des missions de dépistage et de prévention pourraient être développées sous réserve qu'elles soient instaurées immédiatement. Pour que ces fonctions soient opérationnelles, il faut à la fois des moyens et une sensibilisation des médecins urgentistes dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. •



BSIP

## ACTIVITÉ D'ALERTE

# La surveillance syndromique aux urgences permet-elle d'anticiper les phénomènes épidémiques ?

**A**u décours de l'attentat du 11 Septembre, les menaces d'attaque bioterroriste à l'anthrax et à la variole se sont multipliées. Ces micro-organismes et d'autres encore étaient destinés à induire des défaillances respiratoires et des atteintes neurologiques. Il en est de même des menaces nucléaires, notamment par la mise en circulation de petites quantités de produits radioactifs dans le but de créer des atteintes dermatologiques dans un contexte de mouvements de panique. On peut en rapprocher les événements épidémiques de grande ampleur, comme les pathologies virales saisonnières, voire peut-être demain la grippe aviaire ou la grippe A (H1N1), qui sont susceptibles d'induire de vrais dysfonctionnements sociétaux.

De même, tout événement touchant de nombreux individus, sans caractère obligatoire de contagiosité, comme les variations climatiques brutales, qu'il s'agisse de canicule ou de grand froid, peut avoir les mêmes conséquences.

Face à ces événements exceptionnels, les services d'urgences sont les premiers exposés avec deux impératifs : pouvoir faire face à tout afflux massif de victimes, c'est le rôle du Plan blanc\* ; disposer d'outils permettant d'anticiper le phénomène épidémique afin de mettre en place les premières mesures, c'est notamment le rôle de la surveillance syndromique.

## Qu'est-ce qu'une surveillance syndromique ?

Cette surveillance consiste en l'analyse de données aspécifiques, antérieures à tout diagnostic clinique, dont le recueil peut se faire en temps réel. Il peut s'agir de l'absentéisme scolaire, de l'achat de produits de santé dans les pharmacies, de la fréquentation des sites de santé sur Internet, ou de la fréquentation des services d'urgences.<sup>1</sup> Toute épidémie est de nature à modifier en temps réel ces para-

\* Cela ne sera pas traité dans cet article mais les détails sont sur le site [www.sante.gouv.fr/html/actu/medec/pdf/plan\\_blanc.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/medec/pdf/plan_blanc.pdf)

mètres, bien qu'ils restent aspécifiques. L'enjeu est d'étudier la corrélation entre ces indicateurs aspécifiques et la survenue réelle d'un événement : la vague de chaleur de juillet 1995 à Chicago avait provoqué une augmentation de 11 % du nombre d'admissions dans les hôpitaux de la région.

L'étude des diagnostics et des motifs d'admission est un outil de veille sanitaire efficace et précoce. Mais le motif d'admission n'est pas la donnée la plus rapidement recueillie lors du parcours de soins. En effet, le motif correspond au diagnostic de sortie des urgences, établi à partir d'un examen médical associé éventuellement à des examens complémentaires biologiques ou radiologiques. Ce parcours de soins prend du temps et il paraît important qu'une alerte soit la plus rapide possible pour obtenir une réponse sanitaire adaptée et probablement réduire les conséquences en termes de morbi-mortalité.

La donnée la plus précoce disponible est le motif de consultation aux urgences : il s'agit de la plainte du patient ou du motif de recours tels qu'il sont recueillis dès son entrée aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. Il s'agit le plus souvent d'un symptôme. Utilisé comme outil de veille sanitaire, le recueil automatisé des motifs de recours à l'entrée des urgences permet la surveillance d'une large population.

### L'expérience étrangère

La surveillance syndromique s'est développée aux États-Unis sous l'impulsion de la menace bioterroriste.<sup>2,3</sup> De nombreuses expériences se sont mises en place, et il est déjà possible d'avoir un minimum de recul sur ses possibilités et ses limites.<sup>4</sup>

### Évaluation des systèmes de surveillance

Les motifs de consultation sont regroupés en syndromes. Un seuil de détection est défini puis, au-delà du seuil de déclenchement, une alerte est lancée et investiguée. L'étude rétrospective des données permet de confirmer ou non les alertes sanitaires données par d'autres

outils de veille sanitaire. Une étude prospective permet parfois de mettre en évidence des événements sanitaires locaux.

Ainsi, une étude basée sur la surveillance syndromique des motifs d'admission dans un hôpital du Connecticut a permis de trouver les effets de l'épidémie annuelle de grippe et une épidémie de gastroentérite. Une épidémie d'encéphalite à virus West Nile a été, quant à elle, mise en évidence de façon prospective.<sup>5</sup>

Une étude a montré la faisabilité d'un système basé sur la surveillance syndromique des motifs de consultation aux urgences, les motifs d'hospitalisation, les courses d'ambulances, l'activité des *hot-lines* de santé et des ventes pharmaceutiques. L'étude prospective sur quatre semaines n'a pas mis en évidence d'événement inhabituel.

L'expérience RODS (*Real-time Outbreak and Disease Surveillance*) a été menée en Pennsylvanie et dans l'Ohio. Un extracteur de texte libre analyse les motifs de recours aux urgences et les reclasse automatiquement en huit syndromes. Un algorithme analyse ensuite les données à la recherche de *clusters*\*. L'étude a montré que la classification des symptômes en syndromes correspondait à celle réalisée à partir des diagnostics de sortie selon la Classification internationale des maladies (CIM-9). Rétrospectivement, l'étude a mis en évidence l'épidémie de grippe saisonnière, et prospectivement une exposition au monoxyde de carbone.

En Virginie, un système de surveillance syndromique a été mis en place dans sept services d'urgences sur 10 mois.<sup>6</sup> Les données ont été réparties en sept syndromes (fièvre, détresse respiratoire, vomissements, diarrhée, rash, désorientation, sepsis), puis analysées par l'algorithme CUSUM (*Cumulative Sum*). Il a mis en évidence, de façon prospective, le début de l'épidémie de grippe plus précocement que le réseau sentinelle Influenza (augmentation de la prévalence de la fièvre et du syndrome respira-

\* Cluster : occurrence plus élevée que la normale dans une population donnée, dans une aire géographique donnée et sur une période donnée.

toire une semaine avant le début de l'épidémie décrite par le réseau sentinelle).

Une étude a aussi montré la faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance syndromique lors des Jeux olympiques d'hiver de 2004 sans qu'aucun événement sanitaire significatif n'ait été détecté.<sup>7</sup>

Le développement des réseaux informatiques, notamment via Internet, facilite les possibilités de surveillance syndromique à partir de nombreux services d'urgences, augmentant ainsi la taille de la population surveillée. Un système de surveillance des syndromes de détresse respiratoire aiguë (*Severe Acute Respiratory Syndrome* [SARS]) a été mis en place dans le Wisconsin, le Colorado, le Texas et l'Ohio.

### Validation des outils de regroupement syndromique

Avant même de se lancer dans l'investigation des signaux générés, l'étape préalable consiste à vérifier la corrélation entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie des urgences. Un patient se présentant aux urgences pour une dyspnée en sort-il effectivement avec un diagnostic relevant du syndrome respiratoire ? Inversement, tous les patients sortant avec un diagnostic relevant du syndrome respiratoire ont-ils eu pour motif de consultation un symptôme relevant de celui-ci ?

Une étude rétrospective, réalisée aux urgences du centre médical de l'Université de Pittsburgh, a mesuré pour chacun des patients ayant consulté entre 1990 et 2003 la corrélation entre le motif de consultation et le diagnostic de sortie. Chaque motif de consultation a été extrait et classé par un extracteur de texte libre nommé CoCo (*Complaint Coder*) en un syndrome (respiratoire, botulinique, gastro-intestinal, neurologique, rash cutané, constitutionnel, hémorragique). Chaque diagnostic de sortie, codé en ICD-9th (CIM-9), était rattaché à l'un de ces syndromes. Sur les 577 522 patients, 85 859 ont été classés dans l'un de ces syndromes à partir du

# En 2003, lors de la canicule, l'alerte aurait pu être déclenchée 5 jours plus tôt !

**L'**Hôtel-Dieu de Paris a entrepris une surveillance syndromique automatisée en temps réel, en raison notamment d'un volume annuel important d'urgences (120 000 passages/an) et d'une position géographique stratégique sur le territoire (le centre de Paris ayant par le passé déjà été soumis à des actes terroristes). La saisie en temps réel repose sur les grands motifs de consultation enregistrés dès la prise de contact avec l'infirmière d'accueil et d'orientation : symptomatologies respiratoire, neurologique, digestive, cutanée, hypo- et hyperthermie, âge supérieur à 75 ans. Les données sont comparées avec une moyenne mobile établie sur les 30 jours équivalents de l'année précédente ; en cas de significativité, un *cluster* apparaît automatiquement. L'application rétrospective sur l'été 2003 montre que l'alerte « hyperthermie » pouvait apparaître dès le 2 août 2003, et non 5 à 7 jours plus tard comme ce fut le cas.



diagnostic de sortie (16,2 %). La sensibilité de CoCo allait de 30 % pour le syndrome botulinique jusqu'à 75 % pour le syndrome hémorragique. La valeur prédictive positive allait de 12 % (neurologique) à 42 % (syndrome respiratoire). La spécificité pour chacun des syndromes était comprise entre 92 et 98 %. CoCo est donc un outil peu sensible dans la détection, mais spécifique.

Une autre étude s'est intéressée à la corrélation entre motif de consultation et diagnostic de sortie : il en ressort que si, d'une façon générale, cette corrélation est démontrée, elle est faible en ce qui concerne certains syndromes, par exemple les syndromes neurologiques et botuliniques.

Toutes ces études montrent la difficulté de validation d'un seul et unique système de regroupement syndromique valable dans toutes les situations.

## Surveillance syndromique et nouvelles menaces (bioterrorisme, épidémies)

Une des finalités de la surveillance syndromique est la détection la plus précoce possible de phénomènes à impact sanitaire, connus ou inconnus (bioterroristes et épidémies p. ex.).

Ces phénomènes étant par définition rares, ils n'ont jamais pu être étudiés de façon prospective.

Deux études ont décrit une surveillance syndromique appliquée à une simulation d'attaque à l'anthrax par inhalation. Le système a montré son efficacité, mais il ne s'agissait que d'une simulation théorique.

Depuis l'épidémie de SARS, une surveillance syndromique systématique a été mise en place aux États-Unis, mais aucune alerte n'a été signalée depuis.

## Conclusion

Les services d'urgences ont une fonction essentielle de soins primaires, médicaux, chirurgicaux et psychiatriques.

L'augmentation permanente de leur activité montre qu'ils sont essentiels dans le dispositif de santé, et qu'ils sont en première ligne pour tout événement exceptionnel.

L'anticipation, le dépistage de signes précurseurs sont indispensables pour une bonne prise en charge d'un afflux massif de victimes et pour l'excellence de la réalisation du Plan blanc.

La surveillance syndromique qui observe en temps réel les motifs de passage, motifs exprimés par le patient, permet d'anticiper les afflux inopinés et, conjointement avec l'Institut de veille sanitaire, d'anticiper les phénomènes épidémiques. •

## RÉFÉRENCES

1. Sosin DM. Syndromic surveillance: the case for skillful investment. *Biosecur Bioterror* 2003;1:247-53.
2. Bellamy RJ, Freedman AR. Bioterrorism. *QJM* 2001;94:227-34.
3. Bravata DM, Mc Donald KM, Smith Wm et al. Systematic review : surveillance systems for early detection of bioterrorism-related diseases. *Am Intern Med* 2004; 140(11):910-22.
4. Claessens YE, Kierzek G, Josseran L, Andre S, Bernas F, Pourriat JL. Services d'urgences : observatoires de santé publique. *Reanimation* 2008;17:807-15.
5. Dembek ZF, Carley K, Siniscalchi A, Hadler J. Hospital admissions syndromic surveillance-Connecticut, September 2001-November 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:50-2.
6. Yuan CM, Love S, Wilson M. Centers for disease control and prevention (CDC). Syndromic surveillance at hospital emergency departments—southeastern Virginia. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:56-8.
7. Dafni UG, Tsioltras S, Panagiotakos D, et al. Algorithm for statistical detection of peaks—syndromic surveillance system for the Athens 2004 Olympic Games. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53 Suppl:86-94.

## FLUX DES PATIENTS

## Gérer l'encombrement aux urgences, est-ce possible ?

**A**u cours des 20 dernières années, partout dans le monde, les services d'accueil des urgences ont augmenté leur activité. Ce phénomène, qui semble universel, reconnaît des causes communes à tous les pays, et des causes plus spécifiques, en fonction de la politique sanitaire. Les causes communes relèvent de l'offre et de la demande dans lesquelles l'augmentation de la demande est essentielle : consumérisme, recours possible 24 h sur 24 à des compétences médicales et à un plateau technique performant, accueil des démunis et flux migratoires, lieu unique, à toute heure lieu d'« écoute ». Parallèlement, l'offre s'est trouvée qualitativement améliorée : professionnalisation avec l'autonomisation des services d'accueil des urgences, création d'une spécialité de médecine d'urgence, développement par nécessité de toute une série d'activités complémentaires : précarité, médecine générale, prévention, dépistage, afflux massif de victimes... Des facteurs spécifiques se surajoutent et contribuent à cette surchauffe des services d'urgences, comme par exemple aux États-Unis la fermeture massive d'établissements hospitaliers. En France, le déplacement des fonctions de la médecine générale et la difficulté d'accès au secteur « 1 », notamment dans les grandes métropoles, contribuent à ce phénomène.<sup>1</sup>

## Comment définir l'encombrement ?

L'encombrement (*overcrowding*) aux urgences n'est pas nouveau. De nombreux travaux ont été publiés sur son incidence, ses causes et ses conséquences. Mais, en dépit d'une attention croissante, il n'y a pas actuellement de consensus sur les solutions, ni sur la définition même du terme « encombrement ».

Pour les uns, l'encombrement se définit comme l'insuffisance des moyens disponibles, dans le service d'accueil des urgences, dans l'hôpital ou dans les deux, pour prendre en charge l'ensemble des patients se présentant à un instant donné. En d'autres termes, la demande dépasse l'offre ; il s'agit d'un modèle à deux variables, les besoins et les ressources.

D'autres ont proposé un modèle basé sur trois composantes interdépendantes : le débit d'entrée (qualitatif et quantitatif), l'organisation interne, et le débit de sortie. Dans ce dernier cas, et c'est logique, l'encombrement peut résulter d'un ralentissement du débit de sortie mais aussi d'un problème managérial interne au service d'accueil.

Plus récemment, une autre définition a été proposée : l'encombrement se définit quand l'inadéquation entre la demande et les moyens engagés conduit à une réduction de la qualité des soins.

## Causes de l'encombrement

Selon le modèle à deux variables, on peut envisager comme cause à l'encombrement un décalage entre le débit d'entrée et le débit de sortie en lien avec l'augmentation de l'activité ou avec les difficultés d'hospitalisation des patients.

## L'augmentation de l'activité

Le recours aux services d'urgences a considérablement augmenté, quel que soit le continent : de 20 % entre 1995

et 2005 aux États-Unis ; en France, de 3 à 5 % par an depuis les années 1990.

En étudiant les facteurs généralement rendus responsables de l'encombrement (*« c'est de la bobologie... il n'a rien... il n'aurait pas dû venir... »*), des travaux récents ont démontré, d'une part que ce recrutement correspondait à des patients pour lesquels il n'existait pas d'alternative, d'autre part que l'augmentation du débit d'entrée n'était pas la principale cause du problème. Ainsi, sur 4,2 millions de passages dans 100 services d'accueil d'urgences, le nombre de patients avec des pathologies mineures (traumatologiques et non traumatologiques) a un effet totalement négligeable sur les temps d'attente, la durée de séjour aux urgences et l'encombrement.<sup>1</sup> Le recours aux urgences, quel que soit le motif, est un phénomène socioculturel qui répond à un besoin et non à un simple consumérisme.

## Les difficultés d'hospitalisation

La difficulté à trouver un lit conventionnel pour un patient nécessitant une hospitalisation est une réalité quotidienne, qui prend un temps considérable aux équipes soignantes. Il est étonnant de constater que cet état de fait n'est pas uniquement français, mais qu'il est retrouvé dans de nombreux pays. L'origine est globalement en rapport avec : la réduction du nombre de lits conventionnels d'aval ; l'absence d'une zone dédiée, multidisciplinaire et médicochirurgicale, susceptible d'accueillir sur une période brève (au maximum 4 à 5 jours) les patients à la sortie de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ; l'intensité de l'activité programmée de l'hôpital, comme le montre le taux d'occupation des lits de l'établissement qui est forte-



Écoutez sur [www.larevuedupraticien.fr](http://www.larevuedupraticien.fr)  
l'interview du Pr Jean-Louis Pourriat.



ment corrélé avec la durée de séjour dans le service d'accueil des urgences.

## Conclusion

Les études actuelles sur l'encombrement des urgences suggèrent fortement que le détournement du flux d'entrée pour les patients non urgents ne résout en rien le problème. En fait, le problème réside dans le débit de sortie, notamment dans l'incapacité du système hospitalier à transférer les patients des urgences vers les services d'hospitalisation.

## Conséquences de l'encombrement

L'encombrement des services d'accueil des urgences pose d'évidents problèmes opérationnels et logistiques : prolongation des temps d'attente, difficultés à protéger la confidentialité, retard à la prise en charge du patient...

Ces conséquences ne doivent pas être comprises comme simplement indésirables, malheureuses ou inéluctables, mais ce sont aussi de véritables transgressions des normes fondamentales de l'éthique médicale. Ainsi, un médecin urgentiste travaillant dans un service d'accueil des urgences encombré peut ne pas avoir le choix, et avoir à faire un compromis entre la confidentialité et l'instauration de soins urgents. L'organisation interne

doit donc faire en sorte de protéger autant que possible le respect de quatre principes éthiques fondamentaux : « non-malfaisance », « bienfaisance », « autonomie », « justice ».

## Non-malfaisance

L'encombrement augmente le risque d'erreurs médicales : retard au traitement en raison du déficit d'information de l'équipe soignante, multiples transmissions médicales, manque de temps pour réexaminer les patients...

Il a été récemment démontré que l'encombrement contribuait pour plus d'un tiers aux événements sentinelles\* dans un service d'urgences et qu'il existait une corrélation significative entre l'encombrement et la mortalité des patients hospitalisés.<sup>1</sup>

La surveillance des événements sentinelles ou des événements exceptionnels est un moyen validé dans la littérature scientifique pour corriger les dysfonctionnements et améliorer la fluidité interne.

## Bienfaisance

Le principe de bienfaisance fait en sorte que la prise en charge rapide contribue à la diminution de la mortalité et de la morbidité. Par exemple, la prise

en charge d'une méningite, d'une pneumopathie, d'un polytraumatisé, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un syndrome coronarien aigu impose des délais d'intervention courts, car le pronostic est directement corrélé avec le délai d'instauration du traitement...

L'accès au plateau technique et donc la rapidité de la réalisation d'un examen d'imagerie ou d'un examen biologique sont du même ordre.

## Autonomie

Le respect du « principe d'autonomie » comprend plusieurs éléments extrêmement concrets dans un service d'accueil d'urgences.<sup>2</sup>

Le droit à l'information et le consentement éclairé aux soins sont essentiels et, par réciprocité, le droit au refus l'est également. Un refus éclairé d'un traitement doit être respecté et ses conséquences expliquées au patient. De même, le choix du patient d'être ou de ne pas être transféré dans un autre établissement doit être respecté et dans tous les cas, les délais de transport en ambulance doivent être signifiés.

\* Événement sentinelle : survenue inattendue d'un événement entraînant ou risquant d'entraîner la mort ou des conséquences graves physiques et/ou psychologiques pour le patient.

La confidentialité que l'on doit au patient peut être indiscutablement altérée en cas d'encombrement. L'information peut être entendue par d'autres et la relation médecin-malade peut être compromise. De plus, ce principe vient en contradiction avec les impératifs de surveillance qui peuvent être difficiles (porte du box ouverte ou fermée).

### Justice

C'est le quatrième point fondamental des principes de bioéthique, ce qui signifie dans un service d'urgences l'égalité d'accès aux soins.



Burger-Phanie

Bien évidemment, la prise en charge doit être indépendante du niveau socio-économique, de l'origine, de la religion, du sexe, de l'âge, du degré d'autonomie, du pronostic...

Concernant la qualité des soins, ce sont les consensus proposés par les sociétés savantes qui disent l'état de l'art, la bonne pratique médicale et qui permettent de guider les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Sur le plan quantitatif, le triage des patients à l'arrivée aux urgences, selon des échelles de gravité, permet une hiérarchisation dans les priorités de prise en charge. Néanmoins, l'encombrement entraîne un allongement

des délais, source d'altération de la qualité des soins.

Le juste droit à une hospitalisation dans un secteur adapté est également fondamental, ce qui est loin d'être toujours possible et les conséquences en termes de morbidité et mortalité ont été déjà soulignées.

### Stratégies d'amélioration

Selon le modèle à trois variables (débit d'entrée au service d'accueil des urgences, management interne, débit de sortie), on peut relever plusieurs pistes d'amélioration.

#### Contrôle du débit d'entrée dans le service

En France et maintenant dans de nombreux pays européens, la régulation médicale des SAMU (service d'aide médicale urgente) permet d'adresser directement les patients en état grave vers les services de réanimation. Les transports sont médicalisés et le système a prouvé son efficacité, notamment en termes de mortalité chez les polytraumatisés. Par conséquent, ces patients ne transitent pas par les urgences et le gain de temps et d'homogénéité de prise en charge est optimal.

En revanche, il est loin d'être prouvé que les maisons médicales diminuent le débit d'entrée aux urgences. Au-delà de leur intérêt propre, les raisons sont techniques (p. ex. les horaires d'ouverture...) et médicales (de très nombreux patients consultent aux urgences pour de la traumatologie mineure, ce qui n'est pas toujours assuré par ces structures) ; leur intérêt est vraisemblablement plus fort dans les zones rurales qu'en ville et leur coût reste à évaluer.

#### Management interne

Il repose sur plusieurs éléments :

- le triage à l'arrivée, effectué dès les premières minutes par une infirmière d'accueil et d'orientation ;
- des procédures et protocoles thérapeutiques sur les pathologies les plus fréquentes dans le service d'accueil des urgences et quelques-unes exceptionnelles ; à titre d'exemple, on peut consulter les protocoles de l'Hôtel-Dieu-Cochin sur le site [www.urgences-online.fr](http://www.urgences-online.fr) ;
- le Plan blanc destiné à faire face à un afflux de victimes ;
- un *manager* médical et un *manager* paramédical, présents sur place, chargés de la régulation et de la fluidité interne de la structure.

#### Contrôle du débit de sortie des urgences

C'est le point essentiel de blocage.<sup>3</sup> La difficulté à hospitaliser les patients dans les services adaptés est majeure, d'autant plus que l'hôpital fonctionne essentiellement sur un mode programmé. Toute hospitalisation en force dans ces services entraîne une désorganisation qui « contamine » l'hôpital. Là encore, il ne s'agit pas d'un problème spécifiquement français, on le retrouve à l'identique en Amérique du Nord, en Scandinavie ou en Australie.<sup>4</sup>

Des solutions existent, dont quelques-unes ont une certaine efficacité :

- la *staff* quotidien multidisciplinaire ; pratiquée depuis longtemps, cette procédure est intéressante pour les échanges scientifiques mais le plus souvent inopé-

rante dans l'amélioration des flux d'aval des urgences ;

– le *bed management* ; cette technique repose sur une gestion en temps réel par une cellule logistique des lits disponibles quelle que soit leur spécialité ; le *bed management* est très efficace, sous réserve de l'acceptation par la communauté médicale ;

– la mise à disposition de protocoles permettant d'adapter l'aval (des admissions) aux variations hebdomadaires (*smoothing strategies*) et les procédures (*full capacity protocols*).

Dans notre expérience, outre ce qui est dit plus haut, plusieurs procédures permettent de raccourcir notablement la durée de séjour aux urgences :

– la définition d'un objectif connu de tous : la durée de séjour au service d'accueil des urgences doit rester inférieure à 4 heures pour 80 % des passages ;

– des conventions avec les services d'aval (médecine et chirurgie) d'engagement à prendre en moins de 24 heures les patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée, cela sans accord préalable ;

– des filières courtes permettant d'hospitaliser rapidement et directement dans des secteurs spécialisés les sujets âgés de plus de 85 ans (*v. encadré*), et les patients ayant un cancer et inscrits dans un réseau de soins ;

– une filière courte (*fast track*) dans laquelle les patients triés 4 ou 5\*\* (les

moins graves) sont vus dans les 30 minutes et peuvent regagner ainsi rapidement leur domicile ;<sup>6</sup> l'avantage est double : désencombrement rapide de la salle d'attente, gain de temps pour les patients les plus graves.

## Conclusion

L'encombrement des services d'accueil des urgences n'est pas dû à des passages injustifiés (ceux-ci se retrouvent à l'identique à l'étranger, notamment en Amérique du Nord) ; il est en rapport avec des problèmes de gestion interne des services et surtout avec des difficultés majeures d'hospitalisation, notamment en gériatrie. La difficulté à trouver des lits en aval des urgences est source d'allongement de la durée de séjour aux urgences et d'altération de la qualité des soins. Une solution, insuffisamment explorée, serait de créer par groupe hospitalier un grand secteur de post-urgence où la médecine générale, en collaboration avec la médecine interne générale, trouverait un lieu inestimable de formation. •

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## SUMMARY New missions for emergency department

There are more than 16 millions emergency department visits per year, 15 millions calls to SAMU and 600,000 mobile intensive care unit interventions. The knowledge of the sum of all these medical problems represents an incomparable database offering the possibility of numerous studies and programs of education. The emergency physicians do not routinely offer screening and brief

intervention as part of their current clinical practice. However, for the next years, the strikes will be to develop, besides the mission of care, epidemiologic studies, programs of screening and prevention. Concerning epidemiologic interventions, the preventive actions in ED have been proven efficient as well as in prevention of tobacco addiction, falls in older patients, HIV contamination more specifically in teenagers. This strategy prevents those who are infected from entering treatment before serious complications occur. In the same time, it prevents them from taking measures to avoid transmitting the virus. Syndromic surveillance must be implemented in order to prevent epidemic phenomena or bioterrorism attacks. Simultaneously, the problem of overcrowding must be resolved.

## RÉSUMÉ Des nouvelles missions pour les services d'urgence ?

Il y a par année plus de 16 millions de passages aux urgences, environ 15 millions d'appels aux SAMU et 600 000 sorties SMUR. Cette importante activité est une base potentielle de connaissance essentielle pour de nombreuses actions de santé publique. Pourtant, les enjeux pour les prochaines années seront de développer aux urgences, à côté des missions de soin, des actions complémentaires de dépistage ou d'éducation. À titre d'exemple, l'efficacité de programmes de prévention entrepris dès les urgences est maintenant prouvée dans l'alcoolisme du sujet jeune, le tabagisme, les accidents d'exposition aux liquides biologiques, les chutes du sujet âgé... De même, les recommandations internationales insistent pour que le dépistage du VIH soit fait au sein des services d'urgences, notamment chez les adolescents et adultes jeunes. Cette stratégie permet à la fois d'intégrer des patients naïfs dans des filières de soins et de sensibiliser au risque de transmission. Concernant la surveillance syndromique, la technique habituelle consiste à automatiser en temps réel le traitement des motifs de consultation aux urgences, dans l'objectif de dépister précocement un phénomène infectieux ou une attaque bioterroriste et, par conséquent, de préparer les services à un afflux massif de victimes. Parallèlement, le problème majeur de l'encombrement des services d'urgence devra être contrôlé. L'encombrement n'est pas lié à des passages inutiles, car les consultants ont d'indéniables problèmes médicaux ou médico-sociologiques, mais à la difficulté d'hospitaliser les patients en raison d'un manque de lits d'aval. Augmenter cette capacité d'hospitalisation est donc une priorité, notamment en gériatrie aiguë.

## RÉFÉRENCES

1. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1 - concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 2009;53:605-11.
2. Mah R. Emergency department overcrowding as a threat to patient dignity. *CJEM* 2009;11:365-74.
3. Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *J Emerg Med* 2006;30:351-6.
4. Braitberg G. Emergency department overcrowding: dying to get in? *Med J Aust* 2007;187:624-5.
5. Kierzek G, Claessens YE, Brun-Ney D, Pourriat JL. Real time monitoring of crowding in emergency departments. *Ann Emerg Med* 2008;51:212-3.

## Les patients de 85 ans (et plus) aux urgences

### Une population qui augmente...

Plus personne aujourd'hui ne peut ignorer le vieillissement démographique. Pour chacun d'entre nous, les conséquences sont naturellement ignorées ou repoussées jusqu'à l'évidence. Au niveau collectif, les prises de conscience sont difficiles, notamment dans les décisions qu'elles impliquent, et plus particulièrement dans l'accueil des personnes âgées. Dans ce contexte, il est logique de constater qu'en cas de « problème », le recours aux urgences reste encore trop souvent la seule solution. Dès lors, le manque de lits d'aval des urgences et plus spécifiquement de lits de gériatrie aiguë ou de lits de soins

de suite prolonge la durée de séjour, phénomène dont les inconvénients sont largement reconnus. La figure 1 illustre l'augmentation du nombre des patients de plus de 85 ans. Le vieillissement démographique se retrouve dans les passages aux urgences : dans les hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), la proportion des plus de 85 ans est passée de 5,1 % en 2006 à 8,5 % en 2008. Dans notre expérience (groupe Hôtel-Dieu-Cochin), l'augmentation du nombre de passages des plus de 85 ans aux urgences est également significative en valeur absolue (fig. 2) et en pourcentage (fig. 3). Par ailleurs, les figures 2 et 3 illustrent les différences de

recrutement des patients de plus de 85 ans et donc les différences de répartition géographique et sociologique, qui interviennent sur la lourdeur des prises en charge et par conséquent sur la fluidité du circuit d'urgences. En d'autres termes, à charge égale de prise en charge, le retour à domicile (et le maintien) est plus difficile chez un patient aux revenus modestes.

### Des pathologies plus lourdes, des hospitalisations plus nombreuses

D'une manière générale, par rapport aux patients plus jeunes, le recours aux urgences est plus fréquent, la gravité est plus élevée, la durée de séjour est plus longue et le besoin d'hospitalisation est

plus grand. En cas de retour à domicile, les rechutes ou l'absence de stabilisation sont plus fréquentes et conduisent à un recours au service des urgences.<sup>1</sup> Dans notre expérience, malgré l'augmentation des passages, les motifs de consultation sont restés les mêmes avec, au premier plan, les altérations de l'état général, les malaises, les syncopes et la traumatologie. Cependant, les pathologies causales sont plus sévères comme en atteste l'augmentation du taux d'hospitalisation, entre 45 et 55 % (fig. 4).

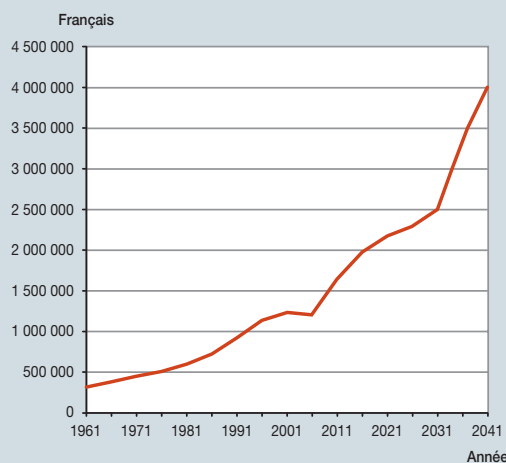


FIGURE 1 Évolution de la population française des plus de 85 ans. Source Institut national d'études démographiques (INED).

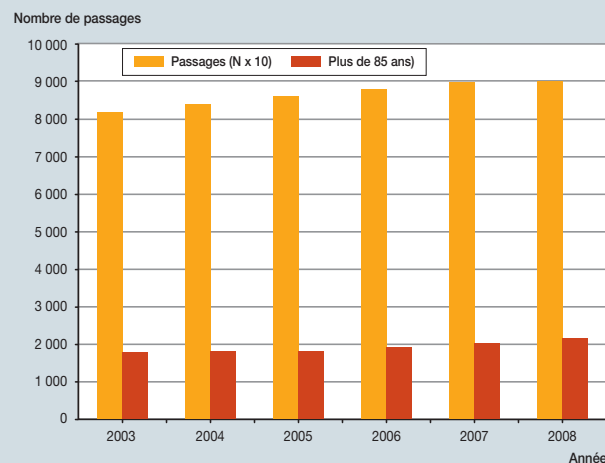


FIGURE 2 Évolution du nombre total de passages annuels aux urgences du groupe Hôtel-Dieu-Cochin et des plus de 85 ans.

### Proposer des moyens efficaces pour une meilleure prise en charge

Les patients âgés de plus de 85 ans consultent fréquemment les services d'urgences, souvent plusieurs fois par an, pour des symptomatologies de gravité variable, dont l'origine peut être cardiovasculaire, respiratoire, digestive, métabolique (toutes pathologies bien connues des médecins généralistes et des gériatres).<sup>2</sup> Le retour à domicile n'est pas simple, et il a été montré qu'à 3 mois, le taux de mortalité pouvait atteindre 10 % et le taux d'hospitalisation 28 %.<sup>3</sup>

De très nombreux travaux ont développé des programmes de maintien à domicile dans le but d'éviter des hospitalisations inutiles,<sup>4</sup> voire de raccourcir au maximum les séjours en réanimation.<sup>5</sup> Les techniques de maintien à domicile sortent du

domaine de compétence des médecins urgentistes. Ils peuvent cependant développer en partenariat avec les médecins généralistes des réseaux de retour et de suivi à domicile. Cela dit, le problème majeur aujourd'hui réside dans les difficultés à trouver rapidement une place d'hospitalisation dans une structure adaptée. Plusieurs procédures peuvent aider à pallier ce défaut structurel afin d'éviter la stagnation dans un couloir d'urgences et faciliter la fluidité de l'aval :

– la procédure de circuit rapide dite *fast-track* pour les plus de 85 ans, avec une prise en charge immédiate par l'infirmière d'accueil et d'orientation, puis médicalisation par un urgentiste senior au décours du box de l'infirmière ; ce dernier prescrit d'éventuels examens complémentaires dans un circuit d'extrême urgence ;

– le déclenchement de l'antenne mobile de gériatrie qui, sur place, prend les décisions d'orientation : retour à domicile, hospitalisation dans une unité de gériatrie aiguë ; mais, là encore, le défaut d'aval de l'unité de gériatrie aiguë retentit directement sur la fluidité du circuit d'urgences.

### Conclusion

L'augmentation du nombre des passages des patients de plus de 85 ans dans les services d'urgences est le reflet direct du vieillissement de la population. La prise en charge de ces patients impose des procédures précises dont l'objectif est la qualité des soins dans le minimum de temps ; l'implication des gériatres est donc essentielle.

Néanmoins, l'actuel déficit en lits de gériatrie aiguë et de soins de suite rend difficile la réalisation de ces objectifs.

### RÉFÉRENCES

1. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238-247.
2. Bloch F, Jegou D, Dhainaut JF, et al. Can metabolic abnormalities after a fall predict short term mortality in elderly patients? *Eur J Epidemiol* 2009; 24:357-62.
3. Hastings SN, MD, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2005;12:978-86.
4. Somme D, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselot B, Saint-Jean O. Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë, description du phénomène et étude des facteurs de risque. *Rev Med Int* 2007;28:818-24.
5. Somme D, Andrieux N, Guérot E, et al. Loss of autonomy among elderly patients after a stay in a medical intensive care unit (ICU): a randomized study of the benefit of transfer to a geriatric Ward. *Arch Gerontol Geriatr* 2009. [Epub ahead of print]

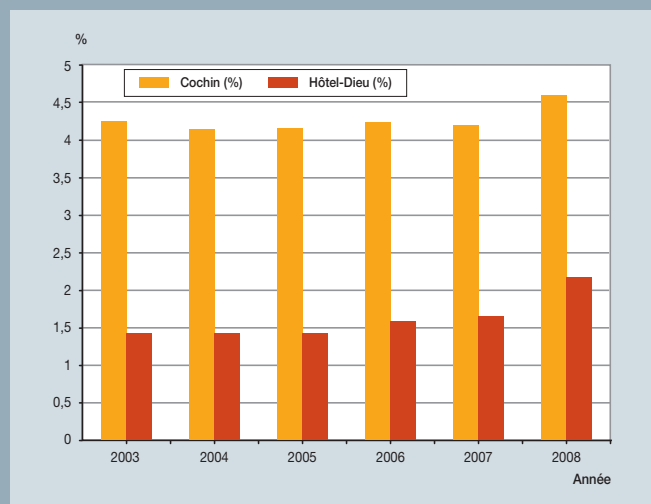


FIGURE 3 Évolution en pourcentages annuels des plus de 85 ans par rapport au nombre total de passages aux urgences du groupe Hôtel-Dieu/Cochlin.

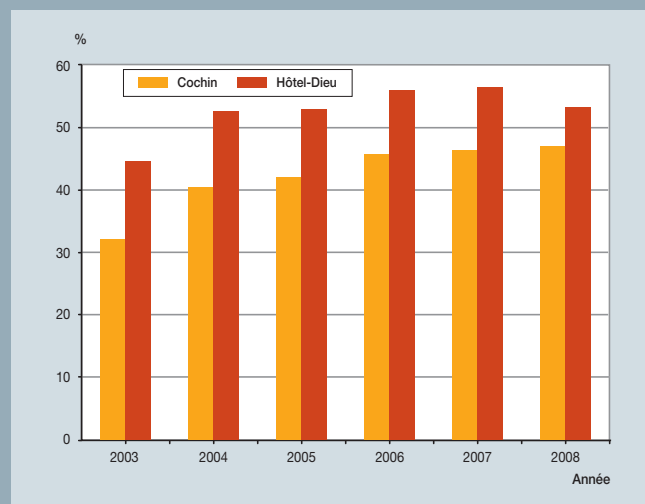


FIGURE 4 Évolution du pourcentage d'hospitalisations dans les deux structures d'urgences du groupe Hôtel-Dieu-Cochlin.